

515 22<sup>nd</sup> Ave-Monroe, Wi. 53566

**Email to:** MON-release.of.info@ssmhealth.com

**Fax to:** (608) 324-1148 Phone: (608) 324-2270

**Informacion de Paciente:**

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Direccion:	Telefono:	
Ciudad:	Estado:	Codigo:

**Publicado por:** Clinica y Hospital de Monroe (o)

**Enviar a:**

Nombre (e.g. Fondo para la Salud, Médico)	Nombre (e.g. Seguros, abogado, médico, paciente)
Direccion:	Direccion:
Ciudad, Estado, Codigo	Ciudad, Estado, Código
Telefono Fax	Telefono Fax

**Fecha de la próxima cita (si corresponde):** \_\_\_\_\_ **Fecha de recogida:** \_\_\_\_\_

**Tipo o el alcance de la información a ser divulgada:** (marque todas las que correspondan)

Copia en Papel  CD  Portal de Pacientes

(Si uno no está seleccionado, los registros estarán en formato de papel)

Fechas de Visitas que serán divulgadas: \_\_\_\_\_

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso  | <input type="checkbox"/> Historia/Exámenes Físicos           | <input type="checkbox"/> Notas de Depto. De Urgencia | <input type="checkbox"/> Lista Medica        |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta   | <input type="checkbox"/> Reporte de Radiografía              | <input type="checkbox"/> Películas de rayos x/cd     | <input type="checkbox"/> Lista de Problemas  |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio  | <input type="checkbox"/> Procedimiento/Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma          | <input type="checkbox"/> Terapia Física      |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones   | <input type="checkbox"/> Registros de alergia                | <input type="checkbox"/> Recetas                     | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Información de la cuenta (nombre del paciente dirección, responsable del partido nombre/dirección, ins.co. nombre. Número de póliza) <input type="checkbox"/> Terapia del Lenguaje |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   |  |  |  |

**De acuerdo con los Estatutos del Estado de Wisconsin, las categorías enumeradas a continuación requieren un permiso especial para la liberación. Por favor, indicar para cualquiera de los siguientes elementos que desea que se publicará en lugar de o además de los elementos indicados anteriormente.**

- Salud mental  Discapacidades del Desarrollo  Registros de Alcohol/Drogas  Resultados de la Prueba del VIH  
 Registros de Tratamiento de VIH  Resultados de Prueba de Transmisión y Enfermedad sexual y Registros de Tratamiento

**Propósito o necesidad de divulgación:** (marque todo lo que corresponda a menos que sea para uso personal)

**Nota: Puede haber un cargo adicional por las copias de los registros médicos para motivos distintos de atención médica.**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Más atención médica                  | <input type="checkbox"/> Aplicación para el seguro    | <input type="checkbox"/> Personal             | <input type="checkbox"/> Aplicación de la Ley |
| <input type="checkbox"/> Pago de la reivindicación de Seguros | <input type="checkbox"/> Determinación de Incapacidad | <input type="checkbox"/> Legal                | <input type="checkbox"/> Inspección           |
| <input type="checkbox"/> Equipo / Suministros Médicos         | <input type="checkbox"/> Servicio de ambulancia       | <input type="checkbox"/> Comunicado de prensa |   |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                         |   |   |   |

Entiendo que si la persona (s) y/o organización (es) mencionada anteriormente como destinatarios de mi información médica protegida no son proveedores de atención médica o planes de salud (compañías de seguros de salud), la información que estoy autorizando no estará protegida por los estándares federales o estatales de privacidad y mi información de salud puede ser revelada de nuevo sin obtener mi autorización. \*\* Dejaré indemne a la Clínica Monroe ya todas sus sucursales de y contra cualquier y toda responsabilidad en relación con la divulgación de información médica protegida según lo autorizado en este documento. Entiendo que puedo inspeccionar y hacer arreglos para fotocopias de la información que será revelada como resultado de esta autorización. Esta autorización permanecerá en vigor para llevar a cabo el propósito para el cual se pretende, pero no permanecerá en vigencia para las fechas del servicio médico más allá de la fecha de vencimiento indicada.

Entiendo que si no especifico una fecha de caducidad, la autorización expirará en un año.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se haya tomado acción de buena fe en relación con esta autorización) enviando una solicitud por escrito a la Clínica Monroe. Si me niego a firmar esta autorización, mi expediente médico/información no será divulgado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (debe tener 18 años de edad o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (requerido para la salud mental de IL)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta autorización expirará en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_.

\* Tenga en cuenta que, independientemente de la fecha de caducidad, la información sólo se publicará para las fechas del servicio médico realizado en o antes de la fecha de la firma del paciente o persona autorizada.

**Relación de la Firm de la persona autorizada:**

\_\_\_ Padre Custodial \_\_\_ Guardián Legal \_\_\_ Ejecutor de la Sucesión de Fallecido \_\_\_ Poder para Cuidado de la Salud \*  
\_\_\_ Representante Legal Autorizado \* \_\_\_ Nombre del Tutor Temporal

**El paciente es:**

\_\_\_ Menor \_\_\_ Incompetente \_\_\_ Discapacitado \_\_\_ Fallecido \_\_\_ Incapacitado

\* Debe tener una prueba escrita de que el representante es un poder de asistencia sanitaria o representante legal autorizado y el documento debe declarar que la persona autorizada puede obtener y/o firmar documentos legales y/o información médica. El paciente debe estar legalmente incapacitado para que el Poder de Abogado de Cuidado de la Salud firme en lugar del paciente.

**\*\* Excepción: Las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) indican que esos registros están protegidos y no pueden ser revelados o revelados sin el consentimiento por escrito del paciente individual a menos que se disponga lo contrario en los reglamentos.**

**AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN:** Este aviso puede acompañar la divulgación de la información concerniente a un cliente en el tratamiento del abuso de alcohol / drogas, hecha a usted con el consentimiento de tal cliente. Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas de la Confidencialidad Federal 42 CFR Parte 2. Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita la divulgación adicional por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o como De lo contrario permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

**DERECHOS:**

**⊗ Derecho a inspeccionar o copiar la información a ser utilizada o divulgada.** Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar. La información de salud que he autorizado para ser utilizada o divulgada por este formulario de autorización.

**⊗ Derecho a recibir una copia de esta autorización.** Entiendo que si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, que no estoy. Obligado a hacer, se me debe proporcionar una copia firmada.

**⊗ Derecho a negarse a firmar esta autorización.** Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que las personas y / o organizaciones mencionadas arriba que estoy autorizando a usar y / o divulgar mi información no pueden condicionar Tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización.

**⊗ Derecho a Retirar esta Autorización.** Entiendo que la notificación escrita es necesaria para cancelar esta autorización. A Obtener información sobre cómo retirar mi autorización o recibir una copia de mi retiro, puedo contactar con The Monroe Departamento de Registros Médicos de la Clínica. Soy consciente de que mi retiro no será efectivo para los usos o divulgaciones hechas Antes de mi retiro.

**UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO ES TAN VÁLIDA**